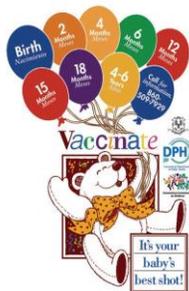


# Система штата Коннектикут для регистрации и отслеживания вакцинации (CIRTS)

Программа по вакцинации населения Отдела общественного здравоохранения штата Коннектикут

410 Capitol Avenue MS #11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Тел.: 860-509-7929 Факс: 860-509-8370

**Отдел общественного здравоохранения поздравляет Вас с рождением ребенка!** Штат предоставляет Систему регистрации и отслеживания вакцинации в штате Коннектикут (CIRTS) — компьютерную базу данных, отслеживающую прививки Вашему ребенку бесплатно для Вас.



Система CIRTS способна:

- предоставить постоянную регистрацию прививок Вашему ребенку;
- сообщать Вашему врачу, если ребенок пропустил прививку;
- найти регистрацию прививок Вашему ребенку, если Вы сменили врача или клинику;
- предоставить Вашему врачу медицинские формы, необходимые для детского сада, школы, лагеря и даже колледжа.

**ДАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ  
ОСТАВАТЬСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ**

*в соответствии со статьями s19a-7h-4  
Общего закона штата Коннектикут*

Для получения дополнительной информации попросите у медсестры брошюру или посмотрите видеоролик CIRTS, имеющийся во всех роддомах штата Коннектикут.

## ТРЕБУЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПУСТЫЕ МЕСТА)

Имя ребенка: \_\_\_\_\_ Дата рожд.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Пол: мальч. дев.  
(имя) (среднее имя) (фамилия) месяц день год (обведите)

Имя матери: \_\_\_\_\_ Дата рождения матери: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(имя) (фамилия при рождении) (фамилия) месяц день год

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почт. индекс: \_\_\_\_\_

Домашний тел: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Мобильный тел: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Служебный тел: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Имя и фамилия для связи \_\_\_\_\_ Телефон в случае \_\_\_\_\_  
в экстренной ситуации: \_\_\_\_\_ экстренной ситуации: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Роддом РЕБЕНКА: \_\_\_\_\_

Имя врача РЕБЕНКА: \_\_\_\_\_ Название клиники/практики РЕБЕНКА: \_\_\_\_\_ Город расположения клиники: \_\_\_\_\_

**ДА, я хочу включить своего ребенка в систему CIRTS**

→ \_\_\_\_\_

Подпись родителя

Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
месяц день год

**НЕТ, Я НЕ ХОЧУ** включить своего ребенка

Имя ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
месяц день год

→ \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Подпись родителя месяц день год